Die

Monarthritis rheumatica

und ihre

Behandlung aut der I. medizinischen Abtheilung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

des

Herrn Geheimraths Professors

D^R. RITTER VON GIETL

der medizinischen Fakultät zu München

vorgelegt

von

Ludw. Phil. Steinhuber
approb. Arzte.

München, 1881.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Die

Monarthritis rheumatica

und ihre

Behandlung aut der I. medizinischen Abtheilung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

des

Herrn Geheimraths Professors

D^R. RITTER VON GIETL

der medizinischen Fakultät zu München

vorgelegt

von

Ludw. Phil. Steinhuber
approb. Arzte.

München, 1881.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554608_0140

Meinem hochverehrten Lehrer

Herrn

Geheimrath Professor Dr. Ritter v. Gietl

Leibarzt Seiner Majestät des Königs von Bayern

in Dankbarkeit und Hochachtung

gewidmet.

Der Verfasser.

Aetiologie, Symptomatologie und Pathologie.

So grofs die Ausbeute der gefammten medizinifchen Literatur an Abhandlungen über den Rheumatismus articulorum acutus im Allgemeinen ift, fo wenig bietet fie uns hinfichtlich deffen monoarticulären Form, der Monarthritis rheumatica. Der Grund, warum diefe Krankheitsform von einer Anzahl Autoren in Monographieen, sowie in diefsbezüglichen Abfchnitten vieler Lehrbücher und gröfserer Werke ftillfchweigend übergangen oder nur nebenfächlich erwähnt wurde, mag wohl darin liegen, dafs fie vielleicht von jeher in einem mehr oder weniger intenfiven Krankheitsverlauf als folche dem Beobachter entging, entweder weil ein im Gefolge einer lokalifirten Gelenk-Affektion fich findender confenfueller Schmerz eines benachbarten Gelenkes, fortgepflanzt durch dem afficirten Gelenke nahe liegende Nervenäfte eine Multiplicität vortäufchte, oder weil eine folche anerkannt wurde, indem bei einer bereits beftehenden Lokalifation intercurrent das eine oder das andere Gelenk befallen wurde, wie diefs ja nicht felten vorkömmt, oder fchliefslich weil der Monarthritis rheumatica einfach der Charakter einer rheumatifchen Gelenks-Entzündung abgefprochen und ihr eine traumatifche oder dyskrafifche Bafis zuerkannt wurde.

Diefer letzteren Anficht huldigt Trousseau: [1]) „la mala-

[1]) A. Trousseau, clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

die (rhumatisme articulaire aigu) peut rester longtemps fixé; cette complication ne s'observe guère chez les scrofuleux ou les tuberculeux.“ Lévèque [1]) ſpricht ſich ebenfalls dahin aus, daſs die Aetiologie der Monarthritis meiſt auf Kachexie beruhe, beſonders in Folge von Skrofuloſe und Tuberkuloſe.

Lebert [2]) gibt zu, daſs es eine Polyarthritis, ſowie eine Monarthritis gibt, die ſcrofulöſen, ſyphilitiſchen, überhaupt dyskraſiſchen Urſprungs ſein kann, gerade deſshalb will er das alte gebräuchliche Wort „Rheuma“ erhalten wiſſen, an Stelle eines unbekannten Elementes, welches dem ihm eigenthümlichen Charakter gemäſs eine akute Gelenkentzündung bewirkt, mit Ausſchluſs jedweder dyſkraſiſchen Grundlage.

Was die Diagnose der Monarthritis rheumatica betrifft, ſo ſind folgende Punkte zu berückſichtigen:

1) Eine hereditäre Diſpoſition zum Gelenkrheumatismus.

2) Eine acquirirte Diſpoſition durch einmal oder öfters überſtandene derartige Erkrankung.

3) Eine unmittelbar vorhergehende Polyarthritis.

4) Vorhandenſein von Complikationen ſeitens des Endocardiums, des Pericardiums, der Pleura etc.

5) Fehlen einer Contuſion, eines Falles, mit einem Worte eines traumatiſchen Einfluſses, konſtatirt durch die Anamneſe.

6) Ausſchluſs einer dyſkraſiſchen Arthritis durch ganz fehlende Tendenz zur Abſceſsbildung, durch das Alter etc.

In Bezug auf die Häufigkeit des Vorkommens der monoartikulären Form mögen hier einige Zahlen-Angaben Platz finden; Lebert theilt unter 122 Fällen von Rheumatismus articularis acutus 24 Beobachtungen von Monarthritis rheumatica mit (19,6%); Roth [3]) unter 79 Fällen 5 Beobachtungen (6,3 %).

---

[1]) Lévèque, sur le rhumatisme monoarticulaire aigu, thèse. Paris.

[2]) Lebert, Klinik des akuten Gelenkrheumatismus.

[3]) Beitrag zur Statiſtik des ak. Gelenkrheumatismus. Würzburg med. Zeitſchrift, Band IV.

Nach Tüngel[1]) waren unter 126 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus, die im Jahre 1858 zur Behandlung kamen, 16 auf ein Gelenk beſchränkt (12,6%); unter 76 Fällen, die im Jahre 1859 behandelt wurden, waren 9 monoartikulär (11,8 %).

Nach dem Sanitätsbericht[2]) des Garniſonslazarethes Baden b. W. kamen im Jahre 1872 70 Fälle von akutem Gelenkrheumatismus zur Kur, von denen 26 Fälle auf ein Gelenk lokaliſirt waren, (37,1 %). — Der mittlere Prozentſatz dieſer fünf Angaben beläuft ſich auf 17,5 %. Aufserdem theilt noch Lévèque 10 Fälle von Monarthritis mit, Riefs[3]) 2 Fälle.

Bezüglich der relativen Häufigkeit des Befallenſeins der einzelnen Gelenke dürfen wir das Knie- und Handgelenk als beſonders bevorzugt anſehen; so war unter den 24 in Leberts Klinik geſammelten Beobachtungen der Prozeſs 9 mal auf das Handgelenk fixirt, und zwar 7 mal rechts, 2 mal links, 5 mal auf das Kniegelenk und zwar ſämmtlich auf das rechte Knie, 4 mal auf das rechte Fuſsgelenk, 4 mal auf ein Nackengelenk, 1 mal auf den rechten Ellenbogen, 1 mal auf die rechte Schulter.

Unter Tüngel's 16 Fällen war das Kniegelenk 7 mal, das Fuſsgelenk 3 mal, das rechte Metatarſalgelenk 2 mal, das Unterkiefer-, rechte Hand-, Hüft- und das rechte Metacarpalgelenk je 1 mal befallen.

Von den 10 Beobachtungen, die Lévèque macht, betraf die Localiſation 6 mal das rechte Kniegelenk, 3 mal das Hüft- und 1 mal das rechte Ellenbogengelenk.

Auffallend macht ſich hier eine weit gröſsere Diſpoſition der rechten als der linken Körperhälfte zur lokalen Affektion geltend; ein urſächliches Moment hiefür iſt wohl kaum erwieſen; vielleicht dürfte jenes zur Geltung kommen, welches

---

[1]) Tüngel C., klin. Mittheilungen von d. med. Abthlg. des allgemeinen Krankenhauſes in Hamburg, 1858, 1859.

[2]) Jahresbericht der geſammten Medizin 1872 II.

[3]) Realencyclopädie der geſammten Medizin.

Chambers[1]) für das Zustandekommen der Monarthritis rheumatica überhaupt aufrecht hält, dafs nämlich Leute aus der arbeitenden Volksklaſſe, bei welchen ſich ſchon ſeit längerer Zeit wandelbare Gelenkſchmerzen bemerkbar machen, derſelben nicht achtend ihren Geſchäften nachgehen, dabei die leidenden Gelenke bewegen, vornehmlich jene der rechten Körperhälfte, die ja bei der Arbeit ganz beſonders in Betracht kommen, wodurch ſich zu rheumatiſchen Affektion eine heftige Entzündung geſellt, Geſchwulſt und Schmerzen fix werden.

Hinſichtlich der Geſchlechts- und Altersverhältniſſe iſt für's Erſte vorwiegend das weibliche Geſchlecht betroffen; für's Zweite fällt die Mehrzahl der an monoartikulären Rheumatismus Erkrankten in den Zeitraum vom 20. bis 35. Lebensjahre.

Im Beginn der Erkrankung iſt ein multipler Charakter des Rheumatismus articularis vorherrſchend; ehe es zur Lokaliſation kömmt, mögen immerhin 8—14 Tage vorübergehen; iſt dieſelbe zu Stande gekommen, ſo können in vielen Fällen hinwiederum tranſitoriſche Paroxysmen von Polyarthritis sich einſtellen, welche Thatſachen als wichtige diagnoſtiſche Punkte für die Annahme einer rheumatiſchen Monarthritis in den ſchlieſslich beigefügten Krankengeſchichten ihre volle Beſtätigung finden; gegen Annahme einer traumatiſchen Urſache ſchützen hiebei die anamneſtiſch auf das ſorgfältigſte gepflogenen Recherchen. In Bezug auf die Dauer fehlt nicht viel, wenn bei der Monarthritis die Doppelte der Polyarthritis in Anſchlag kömmt.

Jaccoud[2]) charakteriſirt die Monarthritis auf folgende Weiſe:

„Lorsque le rhumatisme, au lieu d'être polyarticulaire, reste fixé sur une seule jointure (rhumat. fixe ou monoarticulaire) les lésions anatomiques sont les mêmes, mais à durée egale elles sont toujours plus avancées que dans la polyarthrite,

[1]) Th. Chambers treatment of acut rheumatisme, Lancet Aug. 1823.

[2]) S. Jaccoud traité de Pathologie interne.

surtout en ce qui concerne les cartilages et les os. Le rhumatisme fixe (monarthrite rhumatismal) est caractérisé par les signes physiques de l'hydarthrose et de l'arthrite et sa nature rhumatismale ne peut être affirmée que lorsqu'il survient comme reliquat d'une polyarthrite aiguë, ou bien lorsqu'il s'établit chez un individu qui a déjà éprouvé les manifestations ordinaires du rhumatisme articulaire ou musculaire.

Der Schmerz iſt dumpf, nicht immer gleich heftig, ſondern tritt in Intervallen ſtärker hervor, iſt namentlich bei Bewegung unerträglich; derſelbe weicht zuerſt einem entſprechenden therapeutiſchen Verfahren, während die Geſchwulſt, bedingt durch ſeröſe Infiltration der umgebenden Weichtheile, ſowie durch einen ſeröſen Erguſs in das Gelenk ſelbſt, hartnäckig beſteht; Subſtanzverluſte am Knorpel geben ſich bei Bewegung der Gelenkenden aufeinander mit deutlicher Crepitation zu erkennen.

Heilung kömmt in der Mehrzahl der Fälle bei geeigneter Behandlung vollkommen zu Stande, wenn ſich auch noch für längere Zeit geringgradige Gelenkſteifigkeit oder ſonſtige Bewegungsſtörungen geltend machen. Eine richtige Funktionsfähigkeit sehr in Frage ſtellende Formveränderungen ſind die ſchon früher von Lebert beobachteten Subluxationen, beruhend auf partieller Deſtruktion des Bandapparates; zwei diesbezügliche Fälle kamen bereits in diesem Jahre auf der Klinik des Herrn Geheimrath v. Gietl zur Beobachtung (vide Krankengeſchichte I. und III.); beide Fälle betrafen das Handgelenk, welches Gelenk auch nach Lebert in dieſer Beziehung groſse Diſpoſition zeigt.

Wirkliche Gelenkvereiterungen [1]) gehören jedoch zu den Seltenheiten; gleichwohl iſt eine Tendenz hiezu nicht ausgeſchloſsen. Nur lange Dauer der Erkrankung in Folge therapeutiſcher Miſsgriffe kann Veranlaſſung dazu geben; mehr zu

[1]) Chalot, Monarthrite suppurée d'origine rhumatismale. Montpellier méd. Janv. 1876.

befürchten ift das Eintreten unvollkommener, feltener totaler Ankylofe. An die Berückfichtigung diefer Eventualitäten reiht fich demnach eine entfprechende Vorficht bei Stellung der Prognofe.

Die pathologifch-anatomifchen Erfcheinungen bei der Monarthritis rheumatica find in einem intenfiveren Grade gegeben als bei der Polyarthritis. Die das Gelenk umgebenden Weichtheile find ferös infiltrirt, fehr hyperämifch, zuweilen erfcheint das Zellgewebe um die Synovialkapfel herum verdickt, felbft phlegmonös. Die Synovialmembran ift gefchwellt, ftark injicirt, mit zahlreichen Ecchymofen verfehen, auf der Innenfläche befinden fich fibrinös-eitrige Auflagerungen, die Innenfläche hat ihren Glanz verloren, ihr Epithel ift getrübt, zum Theil abgeftoffen. Der Gelenkinhalt entbehrt des Charakters einer reinen Synovia (Asynovia), ift dünnflüffig, grüngelb, enthält neben Eiterkörperchen Fibrinflocken und zahlreiche Blutkörperchen, in welch letzterem Falle die Flüffigkeit dunkler gefärbt ift; ihre Menge kann eine ziemlich bedeutende Höhe erreichen. Die vorwiegend eitrige Befchaffenheit derfelben bleibt nicht ohne Einfluſs auf das Entftehen einer tieferen Entzündung des Knochens, zunächft des Knorpels. Am Letzteren kommt es zu mannigfachen Veränderungen, zu entzündlicher Schwellung, partieller blutiger Imbibition, tiefgreifender Ulceration, fchliefslich zu wirklicher Zerftörung mit Bloſslegung der Knochenfubftanz nach Angabe von Chomel,[1]) Bouillaud, Morgagni und Latour. Unter letzteren Verhältniffen erfcheinen die Knochen-Enden rauh, dunkelroth injicirt.

Glücklicherweife ift ein derartiger Ausgang der Monarthritis rheumatica felten; meift kommt es hier zu einem lang beftehenden Exfudat, welches zum Theil fich organifirt und durch Verdickung der Kapfel und Bänder zu partieller Ankylofe führt.

[1]) Chomel, Leçons de clinique médical.

Therapie.

Bei Berückfichtigung der vorftehend erörterten Verhältniffe mufs man zur Anficht gelangen, dafs es fich bei der monoartikulären Form des akuten Gelenkrheumatismus um eine fchwere, hartnäckige, oft von üblen Folgen begleitete Erkrankung handelt, der gegenüber energifche therapeutifche Mafsnahmen am Platze find; gerade die Lokalifation des Prozeffes gibt uns ein Mittel an die Hand, das nicht ohne Erfolg ift, und diefes Mittel beftcht in einem ausgiebigen antiphlogiftifchen Verfahren.

Hinfichtlich der Behandlungsmethoden nun befteht eine fcharfe Grenze zwifchen der polyartikulären und der monoartikulären Form; ift ein Unterfchied zwifchen Beiden in Bezug auf die Aetiologie nicht gegeben, fo macht fich bezüglich der Symptomatologie und Pathologie eine fortfchreitend abweichende Richtung geltend bis zur vollkommenen Divergenz in puncto therapiae. Die unzähligen Heilmittel, welche bei der Polyarthritis je in Vorfchlag gebracht und in Anwendung gezogen wurden, erweifen fich der Monarthritis gegnüber vollkommen machtlos; hieher zählt vor Allem der Gebrauch der Salicylfäure oder ihrer Präparate, deren Erfolg bei der Polyarthritis in den meiften Fällen nicht zu verkennen ift. Wittich[1]) erwähnt, dafs unter 52 Fällen von Rheumatismus acutus 51 Fälle durch Salicylnatron geheilt wurden, während einer diefer Behandlung hartnäckig widerftand; diefer einzige Mifserfolg in der Salicylbehandlung betrifft einen Rheumatismus acutus, welcher monoartikulär geworden war und, nachdem er zuerft an 4 Gelenken zum Vorfchein gekommen, fich im Handgelenke lokalifirt hatte. Die Behandlung der Monarthritis rheumatica befchränkt fich demnach bei dem Mangel eines fpezififchen Mittels auf eine ftreng durchgeführte Antiphlogofe, vornehmlich örtliche Blutentziehungen in Form von Blutegeln oder

[1]) Medizin. Studien über die Salicylpräparate, herausgegeben von Heyden.

Schröpfköpfen, mit gehöriger Berückfichtigung der individuellen Conftitution. Nach Chomel erweifen fich Blutegel und Schröpfköpfe bei exzeffiven und hartnäckig auf ein Gelenk fixirten Schmerzen fehr nützlich.

Seymour[1]) hält bei lokalifirtem Gelenkrheumatismus für das Befte die örtlichen Blutentziehungen, desgleichen Bouillaud[2]) und Levy. Law[3]) geht nach Befprechung der Therapie des akuten Gelenkrheumatismus überhaupt auf die der lokalen Affektion ein und empfiehlt hier Blutegel.

Guéneau de Mufsy räth zur antiphlogiftifchen Methode bei beftimmter Lokalifation ohne Variabilität.

Blank[4]) glaubt in einem fehr fchweren Falle nur durch wiederholte reichliche Blutentziehungen Heilung erzielt zu haben.

Canftatts Jahresbericht[5]) enthält eine Notiz zur Therapie des monoartikulären Gelenkrheumatismus, nemlich Anfetzen von Blutegeln mit nachfolgender Compreffion des Gelenkes durch Collodium elasticum, wonach die Schmerzen fofort ftiftiren und die Gefchwulft in kurzer Zeit verfchwindet; diefe Methode hat Prévault[6]) 3 mal an fich felbft erprobt. Zur Behandlung mit Kälte hat Scoda[7]) den erften Anftofs gegeben; fobald die Gefchwulft an einem Gelenk beträchtlich wird und der entzündliche Prozefs nicht ein flüchtiger ift, fondern auf ein Gelenk lokalifirt bleibt, mufs man kalte Umfchläge machen und es von der Empfindung des Kranken abhängen laffen, ob man intenfive oder weniger intenfive Kälte anwenden, oder

[1]) Edward J. Seymour: über die wirkfamfte Behandlung des ak. Gelenkrheumatismus im Hofpitale St. George 1830—1838.

[2]) Traité clinique du rhumatisme articulaire. Paris 1840.

[3]) Rol. Law: über die Therapie des akuten Gelenkrheumatismus.

[4]) Blank: Observation d'un rhumatisme compliqué; Journal des conaifs. méd. et chir. 9.

[5]) Canftatt's Jahresbericht der gefammten Medizin. 1862. II.

[6]) Gazette des Hôp. Nr. 12.

[7]) Wiener med. Preffe.

den betreffenden Theil nur kühl halten ſoll. Esmarch hat in neueſter Zeit eine conſequente Eisapplikation empfohlen.

Lebert's Behandlungsmodus geſtaltet ſich folgendermaſſen. Im Beginn und bei kräftigen Subjekten iſt energiſche und wiederholte örtliche Antiphlogoſe, wenn auch nicht immer unmittelbar, doch inſofern nützlich, als die Schmerzen gemindert werden, und der Geſammtverlauf ſich günſtiger zeigt; Ruhe und paſſende Lagerung des betreffenden Theiles ſind hier von ganz beſonderer Wichtigkeit. Nach 1—2 Tagen ſind dadurch die Schmerzen ſehr gemindert, die Geſchwulſt verſchwindet allmälig. In ſehr hartnäckigen Fällen kommt man mit Veſikantien, transkurrente Glühhitze, Cauſtika und Moxen zum gewünſchten Ziele. Warme Bäder von längerer Dauer, warme Douchen, oder lokale Bäder mit einer Löſung von Kali sulphuratum oder Sublimat, ſind beſonders gegen zurückbleibende Gelenkſteifigkeit zu empfehlen. Innerlich räth Lebert den Gebrauch von Jodkali oder in beſonders ſchweren Fällen von Tartarus stibiatus in hohen Doſen.

Hinſichtlich der Lagerung des affizirten Gelenkes macht Bonnet[1]) darauf aufmerkſam, daſs man eine halbe Flexionsſtellung, wie ſie die Kranken immer anzunehmen pflegen, durchaus nicht dulden ſoll, da hiebei für's Erſte eine Ankyloſe in einer fatalen Stellung zu Stande kommen kann, für's Zweite die Erzeugung einer ſpontanen Luxation begünſtigt wird.

Betreffs der Art und Weiſe des Anſetzens der Blutegel gilt als richtig, daſs die Applikation derſelben unterhalb des erkrankten Gelenkes nicht nur keinen Nutzen, vielmehr Schaden bringt, indem die Blutkongeſtion zum Gelenk dadurch geſteigert wird. Man ſetzt ſie für gewöhnlich auf, oder wie namentlich Bonnet empfiehlt, über das Gelenk, z. B. bei Affektion des Fuſsgelenks auf den mittleren oder unteren Theil des Unterſchenkels, nehmen ſodann die entzündlichen Erſcheinungen

[1]) Bonnet, Neuere Erfahrungen auf dem Gebiete der Gelenkkrankheiten.

immer mehr ab, ſo kann man ſucceſſive dem Gelenke näher rücken.

Was die Zahl der Blutegel anlangt, kommen zunächſt die Kräfte des Kranken und die Heftigkeit der Entzündung in Betracht; für gewöhnlich iſt eine groſse Anzahl erforderlich, 20—30 Stück, nach Bardeleben bis zu 50. Beim Anſetzen verfährt Lebert auf folgende Weiſe; er applicirt zumeiſt oberhalb des Gelenkes, wo ſchon beim erſten Anblick die Venen am bedeutendſten geſchwellt erſcheinen und die Capillaren ſehr turgesziren 2 bis 3 Blutegel und erſetzt dieſe, ſobald ſie abgefallen ſind, durch neue, bis auf dieſe Art 15 bis 20 Stück zur Anwendung gekommen ſind.

Der Gebrauch von Schröpfköpfen iſt weniger zuläſſig; höchſtens an Gelenken, die eine gröſsere Fläche darbieten, wie das Schulter- und Hüftgelenk; gleichwohl leiſten ſie weniger als die Blutegel, indem ſie auf einem ſo engen Raume nicht eine entſprechende Menge Blut entziehen können; einige Schriftſteller, z. B. Bell und Bouillaud, halten ſie für wirkſamer als die Blutegel.

Eine für die ſpätere Funktionsfähigkeit der Glieder ſehr wichtige Nachbehandlung beſteht in einer ergiebigen Maſſage und der Darreichung warmer Bäder.

Starke[1]) macht darauf aufmerkſam, daſs ihm mehrmals Fälle vorgekommen, bei denen nach rheumatiſchen Gelenkentzündungen ſo hochgradige Beeinträchtigungen der Funktion der erkrankten Glieder eingetreten waren, daſs von einer Gebrauchsfähigkeit derſelben kaum die Rede war und die Wiederherſtellung nur in ſehr beſchränkter Weiſe erreicht werden konnte; er empfiehlt die rationelle Anwendung der Maſſage.

Ihre Wirkung iſt durch ein die phyſiologiſche Lymphbewegung nachahmendes, reſp. erſetzendes Moment erklärt. Das Hauptagens bei der Lymphbewegung iſt neben der Re-

([1] Starke, charité-Annalen III.

ſpiration die Muskelbewegung; eine gleiche Wirkung auf die Bewegung der Lymphe hat die Manipulation des Streichens (effleurage) in centripetaler Richtung; dieſem Streichen geht ein ergiebiges Drücken (massage en friction) und Kneten (petrisage) voraus, um die in das Zellgewebe infiltrirten Exſudatmaſſen zu lockern und zu verkleinern, und für den Eintritt in die offenen Lymphbahnen geeignet zu machen; ferners hat man auf eine hohe Lagerung des Gliedes zu ſehen, um durch Gravitation auch einen ſteten Abfluſs zu ermöglichen.

Der Modus der Behandlung, wie er auf der I. med. Abtheilung von Herrn Geheimrath von Gietl eingehalten wird, berückſichtigt die ſtrengſte Antiphlogoſe. Obenan ſtehen lokale Blutentziehungen in Form von Schröpfköpfen oder Blutegel; erſtere an den dazu geeigneten Gelenken, letztere anfänglich täglich zu 4 bis 6 Stück, ſpäter alle 2 Tage, ſo lange die Geſchwulſt noch beträchtlich iſt; der Schmerz iſt zumeiſt ſchon in den erſten Tagen verſchwunden. Die antiphlogiſtiſche Wirkung der Blutentziehungen wird unterſtützt durch eine intercurrente Anwendung von Eis; dabei wird auf eine conſtante Hochlagerung des betreffenden Gliedes mit abſoluter Ruhe geſehen. Innerlich verabreicht von Gietl bei einem ſehr akuten Zuſtande Tartarus stibiatus mit Ipecacuanha, deſſen Erfolg oft ein überraſchend günſtiger iſt.

Rp. Tart. stibiat. 0,01
Pulv. rad. Ipecac, 0,5.
Mfp. D. F. D. Nr. III. Alle 2 Minut. 1 Pulver.

Als Nachbehandlung wird täglich zweimal die Maſſage ausgeführt; aufserdem wechſelt mit Prieſsnitz'ſchen Einwicklungen die Darreichung warmer Bäder (28° R.)

Es möge mir an dieſer Stelle geſtattet ſein, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrath Profeſſor Dr. Ritter von Gietl, einerſeits für die gütige Ueberlaſſung dieſer Arbeit, andererſeits für die geneigte Geſinnung, deren ich mich ſtets zu erfreuen hatte, meinen innigſten Dank auszuſprechen.

Krankheits-Geschichten.

I. Fall. H. B., 21 J. a., Dienſtmagd, kam am 26. Nov. 1880 in das Spital mit der Klage über heftige Schmerzen in beiden Ellenbogengelenken und im rechten Schultergelenke. Früher immer geſund und bei Anweſenheit von hereditärer Anlage ſchiebt ſie die Schuld der gegenwärtigen Krankheit auf den Umſtand, daſs ſie als Magd ſeit 2 Tagen auf Steinpflaſter zu ſtehen hatte; die übrigen Verhältniſſe der Patientin Wohnung, Koſt lieſsen Nichts zu wünſchen übrig, Menſes und Stuhl waren in Ordnung, Appetit fehlte.

Status praesens: afebrilis, Herztöne ſehr accentuirt, an der Mitralis ein leichtes ſyſtoliſches Blaſen hörbar; äuſserlich geben die erkrankten Gelenke keine Veränderung zu erkennen, bei Bewegungsverſuchen wird der Schmerz unerträglich.

Therapie: Natr. salicylic. 6,0. Watteinwicklungen.

27. Nov. Mtp. 38,0, Atp. 38,2. Transpiration der Haut ſehr bedeutend; Schmerzen ſind weniger, Bewegung jedoch unmöglich; Behandlung wie am vorhergehenden Tag.

28. Nov. Mtp. 37,3, Atp. 38,6. Rechtes Schulter- und Ellenbogen-Gelenk ſind frei, linkes Ellenbogengelenk noch affizirt.

30. Nov. Mtp. 38,0, Atp. 39,4. Schmerzen nur im linken Handgelenk, Drücken auf der Bruſt, Herzpalpitationen.

Therapie: Natr. salicylic. 6,0. Watteinwicklung, Sinapismen und Eisblaſe auf die Herzgegend.

2. Dezember. Mtp. 38,0, Atp. 39,2. Die früher befallenen Gelenke ſind frei, der ganze Prozeſs hat ſich auf das linke Handgelenk lokaliſirt und bietet das reine Bild eines Monoartikular-Rheumatismus.

Therapie: Hirudines Nr. VI. ad. artic. manus.

3. Dez. Mtp. 37,3, Atp. 39,0. Schmerzen dauern an; bedeutendes Oedem des Handrückens. Ordinat. Eisblaſe.

5. Dez. Mtp. 38,5, Atp. 39,3. Verſchlimmerung des Allgemeinbefindens.

7. Dez. Mtp. 37,6. Atp. 39,2. Hektiſcher Charakter des Fiebers, Appetit vermindert, deutliche Fluktuation am Corpus, das Gelenkende des Radius ſpringt ſtark hervor, iſt trotz der enormen Geſchwulſt faſt ungreifbar, anſcheinend auſser Contakt mit den entſprechenden Gelenkflächen der Carpalknochen.

Ordinat. Hirudines Nr. VI.

9. Dez. Mtp. 37,1, Atp. 39,3. Schmerzen haben etwas nachgelaſſen, Bewegung unmöglich. Ordin. Eisblaſe.

12. Dez. Schwellung ſehr ſtark. Ordinat. Hirudines Nr. IV. Prieſsnitz.

17. Dez. Mtp. 37,4, Atp. 39,8. Seitens des Herzens keine Erſcheinungen, Schmerzhaftigkeit bei Ruhe verſchwunden.

22. Dez. Von nun an zeigt die Temperatur eine geringe abendliche Exacerbation. Allgemeinbefinden befriedigend, Schwellung beſteht fort. Ordinat. Hirudines Nr. IV.

26. Dez. Eine geringe Abnahme des Gelenkvolumens zu conſtatiren. Ordinat. Hirudines Nr. III.

30. Dez. Bewegung des Gelenkes noch ſchmerzhaft. Ordinat. Hirudines Nr. III. Prieſsnitz.

Von jetzt an ſchreitet die Beſſerung ſchnell vorwärts; die Geſchwulſt wird kleiner, keine Schmerzen, Oedem des Handrückens verſchwindet. Täglich zweimal vollzogene Maſſage, öftere Darreichung von Handbädern, fortgeſetzte Prieſsnitz-Fomente helfen die beſtehende Gelenkſteifigkeit bald beſeitigen, und es wird Patientin nach zehnwöchentlicher Krankheitsdauer geheilt entlaſſen.

II. Fall. G. A., 20 J. a., Ladnerin, ging am 11. April 1881 im Krankenhauſe zu; dieſelbe gab an, dafs ſie einmal die Diphtherie und vor $^1/_2$ Jahre den Gelenkrheumatismus durchgemacht habe; gegenwärtig verſpüre ſie wieder Schmerzen in beiden Schultergelenken, linken Ellenbogen- und Handgelenke. Stuhl und Menſes in Ordnung.

Stat praes. afebril. In Herz und Lungen Nichts abnormes;

an den affizirten Gelenken ist keine Veränderung an Umfang und Farbe wahrzunehmen. Ordin. fom. tepida.

12. April. Mtp. 37,4, Atp. 37,0. Schmerzen haben nicht nachgelaſſen, Schlaf wenig.

Ordin. Anwendung des conſtanten elektriſchen Stromes, Einreibung mit Spir. Serpyll. und Mixt. ol. bals.

13. April. Mtp. 37,1, Atp. 37,6. Hauptaffektion an der linken Schulter; die übrigen Gelenke ſind frei.

Ordin. Cucurbit. cruent. Nr. VIII. ad humerum sinistr. Baln. 28° R.

14. April. Mtp. 36,5, Atp. 37,5. Schmerzen und Schwellung gleich groſs. Ordin. Cucurbit. cruent. Nr. VI. ad humer. sin. — faradisat. Maſſage.

15. April, kein Fieber. Starke Herzpalpitationen; Puls ſehr frequent. Ordin. Vesic. glac. ad cor.

17. April. Herzklopfen beſteht fort; Töne rein, accentuirt. Schmerzen beim Verſuch den linken Arm paſſiv zu bewegen; derſelbe kann nicht abducirt werden. Ordin. Cucurb. cruent. Nr. VI. ad humer. sin.

21. April. Mtp. 37,8, Atp. 38,3. Schmerzen haben nachgelaſſen; Schwellung und Bewegungsbeſchränkung der linken Schulter gleich. Ordin. Cucurb. cruent. Nr. IV. ad. hum. sin. — Baln. 28° R.

Inf. Senn. frig. par.

24. Beweglichkeit beſſer, Herzklopfen verſchwunden.

Ordin. Maſſage — fom. h. t.

26. April. Mtp. 38,1, Atp. 39,0. Patientin hat mehr diffuſe, aber keine lokaliſirten Schmerzen mehr; eine paſſive Erhebung des linken Armes in die horizontale Richtung iſt möglich. Herztöne rein, Aktion irregulär. Ord. Baln. 28° R. Maſſage. — Sinapism. ad. cor.

29. April. Abends geringe Temperaturſteigerung mit Kopfweh. Ordin. Tägliche Maſſage mit warmen Bädern. Bei dieſer Behandlung ſchreitet die Heilung raſch vorwärts, ſo daſs

Patientin am 7. Mai bei voller Gebrauchsfähigkeit ihres linken Armes das Spital verläfst.

III. Fall. H. J., Magd, 20 J. a., wurde am 14. März 1881 in des Spital aufgenommen. Anamneftifch ergab fich, dafs Patientin mit Ausnahme einer Gebärmutterentzündung noch keine Krankheit durchgemacht hatte. Seit einigen Tagen beftehen Schmerzen in beiden Knie- und Ellenbogen-Gelenken. Appetit gering, Stuhl und Menfes regelmäfsig.

Status praesens afebrilis. Am Herzen ift eine ftarke Aktion zu eruiren; Lungen find frei; die affizirten Gelenke find bewegungsunfähig. Ordin. Natr. salicyl. 1,0 dos. VI. Watteinwicklungen.

16. März. Mtp. 37,5, Atp. 38,5; Schmerzen dauern an. Ordinat. eadem.

20. März. Die Fieberbewegung zeigt eine konftante abendliche Elevation bis zu 38,8. Die früher befallenen Gelenke find frei, dagegen Schmerzen im rechten Handgelenk.

Ordin. Natr. salic. 1,0 dos. VI. Wattfomente.

23. März. Das Natr. salic. erweift fich völlig wirkungslos; der ganze Prozefs hat fich auf das rechte Antibrachio-carpal-Gelenk lokalifirt; Schwellung enorm.

Ordinat. Hirudines Nr. VI. ad artikul. man. dextr.

25. März. Schmerzen weniger, werden bei Bewegungsverfuchen gefteigert.

Ordin. Hirud. Nr. VI. postea Vesic. glac. Hohe Lage.

28. März. Schwellung befteht fort; uber das Niveau derfelben erhebt fich das capitulum ulnae, fcheinbar aufser Berührung mit den entfprechenden Gelenkflächen der Handwurzelknochen. Ordin. Hirud. Nr. VI.

30. März. Am Herzen find keinerlei Veränderungen vorhanden; Schwellung fcheint abzunehmen. Fluktuation deutlich zu fühlen.

Ordin. Rechter Vorderarm wird auf Spreukiffen in abfoluter Ruhe erhalten; Applikation von Eis.

2. April. Abendliche Fieberfteigerung bis zu 38,5°. Schmerzen verfchwunden, Schwellung nimmt fichtlich ab. Vollftändige Bewegungs-Unfähigkeit des rechten Handgelenkes, ferner der Metakarpo-Phalangealgelenke.

5. April. Kein Fieber.

Von jetzt an wird Patientin 2 Mal täglich am rechten Handgelenk ergiebig maffirt, bekommt häufige Handbäder; das Allgemeinbefinden wird von Tag zu Tag beffer. In kurzer Zeit tritt eine Bewegungsfähigkeit der Finger ein, nach energifch fortgefetzter Maffage die des ganzen rechten Handgelenkes ein, fo dafs Patientin Ende Mai als vollkommen geheilt zu betrachten ift.

IV. Fall. R. M., 17 J. a., Magd, trat am 17. Dezember 1880 ins Spital ein; angeblich bekam Patientin vor 3 Wochen Schmerzen in der rechten Schulter (welche jetzt noch beftehen); fpäter traten auch Schmerzen im rechten Ellenbogen- und linken Fufsgelenk auf. Früher war Patientin nie krank.

Stat. praes. febrilis 38,0°. Herzaktion fehr erregt, Puls zeigt 108 Schläge in der Minute, mit dem 7. Schlage intermittirend; aufser einer Röthung und geringen Anfchwellung des linken Fufsrückens befteht weiters kein objektiver Befund. Ordin. Natr. salic. 1,0 dos VI. Watteinwicklung der affizirten Gelenke.

20 Dezember. Kein Fieber. Schmerzen hauptfächlich am rechten Ellenbogen. Ordin. eadem.

24. Dezember. Rechtes Schultergelenk affizirt. Ordin. eadem.

28. Dezember. Rechte Schulter fchwer beweglich, fchmerzhaft. Ordinat. Cucurb. cruent. Nr. VI. ad humer. dextr.

30. Dezember. Stat. idem.

1. Januar. Kein Fieber, Schmerzen beftehen fort, Bewegung unmöglich. Ordinat. Cuc. cruent Nr. VI. ad hum. dextr.

4. Januar. Schmerzen verfchwunden. Bewegung beffer. Ordin. Cuc. cruent. Nr. VI. ad hum. dextr.

7. Januar. Der rechte Arm kann in horizontale Richtung gebracht werden.

Durch fortgefetzte Anwendung der Maffage und Darreichung von warmen Bädern ift Patientin nach 14 Tage im Stande, ihren Arm willkürlich zu gebrauchen.

V. Fall. G. A., 44 J. a., Magd, wurde am 16. Dezember 1880 ins Spital aufgenommen; fie war früher immer gefund. Vor 8 Tagen erkrankte fie mit Schmerzen in beiden Handgelenken, im linken Knie- und Fufsgelenke. Schwellung beftand angeblich nicht.

Stat. praes. afebrilis.

Herz und Lungen frei.

Schwellung, Röthung und Druck-Empfindlichkeit am rechten Fufsgelenk.

Ordin. Natr. salic. 1,0 dos VI. Watteinwicklungen.

19. Dezember. Kein Fieber. Schmerzen weniger, Bewegung normal.

20. Dezember. Linkes Kniegelenk befallen; beträchtliche Schwellung desfelben, grofse Schmerzhaftigkeit bei Bewegung.

Ordin. Natr. salic. 1,0 dos VI. fom. t.

22. Dezember. Status idem. Ordin. Hirudines Nr. VI. ad artic. genu sinistr.

23. Dezember. Schwellung des linken Kniegelenkes enorm, Palpation fehr empfindlich.

Ordin. Hirudin. Nr. VI.

25. Dezember. Abendliche Temperaturfteigerung 38,2°. Schmerzen unbedeutend, Schwellung dauert an.

27. Dezember. Stat. idem. Ordin. Hirudin. Nr. VI. f. h. t.

29. Dezember. Schwellung geringer. Ordin. fom. h. t.

1. Januar. Fluktuation gering, Bewegung fchwer.

Ordin. Hirudin. Nr. IV.

3. Januar. Kein Fieber. Keine Schmerzen; Bewegung möglich. Durch Maſſage und warme Bäder wird eine raſche Beſſerung erzielt und Patientin nach 3 Wochen geſund entlaſſen.

VI. Fall. H. Th., 21 J. a., Näherin, kam am 11. Sept. 1880 in das Krankenhaus; früher nie krank verſpürt ſie ſeit 3 Tagen heftige Schmerzen in den beiden Schultergelenken und linkem Fuſsgelenke. Stuhl angehalten, Menſes irregulär.

Stat. praes. febril. 39,4°. Herzaktion ſehr beſchleunigt. Puls 120 Schläge, klein, hart.

Die befallenen Gelenke ſind ſtark geſchwollen, geröthet.

Ordin. Natr. salic. 1,0 dos VI. fom. t.

12. September. Mtp. 39,0, Atp. 39,0. Heftige Schmerzen im rechten Schulter- und Ellenbogengelenke; beide können nicht bewegt werden.

Ordin. Natr. salic. 1,0 dos VI.

13. September. Rechtes Ellenbogengelenk allein befallen.

Ordin. Hirudin. Nr. VI. f. h. t.

14. September. Mtp. 38,9, Atp. 39,0. Schmerzen haben nachgelaſſen, Schwellung vorhanden.

Ordin. Prieſsnitz.

17. September. Mtp. 38,6, Atp. 39,2. Neuerdings Schmerzhaftigkeit des rechten Ellenbogens.

Ordin. Hirudin. Nr. VI. f. h. t.

19. September. Mtp. 38,0, Atp. 39,8. Erleichterung. Ordin. Maſſage, Baln. 28° R.

22. September. Mtp. 38,0, Atp. 39,2. Linkes Tibiotarsal-Gelenk befallen; Bewegung desſelben behindert.

Ordin. Hirudin. Nr. VI. ad ped. sinistr.

25. September. Mtp. 38,2, Atp. 39,0. Schwellung groſs. Syſtol. Geräuſch an der Aorta.

Ordin. Sinapism. ad cor.

28. September. Mtp. 38,0, Atp. 38,2. Schmerzen am linken Fuſsgelenk geringer, Schwellung bedeutend.

Ordinat. Hirud. Nr. VI. Prieſsnitz.

2. Oktober. Mtp. 37,8, Atp. 38,0. Rechtes Ellenbogengelenk kann frei bewegt werden.

5. Oktober. Mtp. 37,6, Atp. 38,0. Schwellung am linken Fuſsgelenke nimmt ab.

Fortgeſetzte Maſſage unter Darreichung von warmen Bädern ermöglichen in kurzer Zeit den vollen Gebrauch der früher befallenen Gelenke.